

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Я, <КЛИЕНТ\_ФИО> г.р.

соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете специально оборудованном для этого. Мне сообщена, разъяснена врачом и понята следующая информация о сути данного обследования: Назначение пациенту обязательного и дополнительного рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: выполнение панорамной рентгенографии или конусно-лучевой томографии до проведения стоматологического лечения. На основании панорамной рентгенографии или конусно-лучевой томографии стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух; по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)

**Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:** Беременность в первые 3 месяца. Отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); Выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только с согласия и в присутствии родителей.

**Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.** Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования. Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / <КЛИЕНТ\_ФИО>/

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.